Aus der chirurgischen Abteilung des Robert-Koch-Krankenhauses Berlin

Über nicht-carcinomatöse geschwürige Tumoren des Rektums

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

Vorgelegt von

KARLHEINZ TIETZ

aus Marienburg

Tag der Promotion: 24. September 1938

Druck: F. Hessenland, Stettin

M 219

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Siebeck

Referent: Prof. Dr. Baetzner

Korreferent: Prof. Dr. Rostock

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Über nicht-carcinomatöse geschwürige Tumoren des Rektums

Es wird ein 57jähriger Patient eingeliefert, dessen Allgemeinzustand ausreichend ist. Zur Familienanamnese gibt er an, daß sein Vater und ein Bruder an Lungentuberkulose gestorben sind. Die eigene Anamnese zeigt bis 1933 nichts Erwähnenswertes. 1933 Apoplexie und rechtsseitige Hemiparese. Die Beweglichkeit der rechtsseitigen Extremitäten wurde nie vollständig wiedererlangt. 1935 in Krankenhausbehandlung, da erschwertes und schmerzhaftes Urinlassen. Angeblich war die Prostata erheblich vergrößert und nur des schlechten Allgemeinzustandes wegen wurde auf eine Operation verzichtet. Durch konservative Behandlung wurde wieder Beschwerdefreiheit erzielt. Anfang 1936 trat erneut dieser Zustand ein, aber wieder führte konservative Behandlung zum Ziel. Ende desselben Jahres kam er dann erneut mit den gleichen Beschwerden; dazu klagte er über starke Schmerzen beim Stuhlgang. Über sichtbares Blut im Stuhl, der hart war, wußte er nichts zu berichten.

Der Untersuchungsbefund war folgender: Mäßiger Allgemeinzustand. Herz nach links verbreitert, Töne rein, Aktion regelmäßig. Die Beweglichkeit der rechtsseitigen Extremitäten ist eingeschränkt. Übriger Befund o. B. Die rektale Untersuchung ergibt keine Vergrößerung der Prostata. Durch Cystoskopie wird der Befund der rektalen Untersuchung bestätigt. Die Prostata ist nicht vergrößert, die Urethra bis zur Blase gut durchgängig. Also kein mechanisches Passagehindernis. Die anschließende Rektoskopie ergab dann ein zirka zwei Zentimeter oberhalb des Anus gelegenes blutendes, halbmondförmiges Ulcus von etwa Dreimarkstückgröße. Die Umgebung des Ulcus ist mit schmierigen Belägen bedeckt. Da dieser Befund Ca-verdächtig, wird der Kranke auf die Operationsabteilung verlegt. Eine dort erneut vorgenommene Rektoskopie ergab wieder deutlich ein kraterförmiges schmieriges Geschwür, das besonders nach der Kreuzbeinseite ausgedehnt und

eitrig belegt ist. Es wird auf eine histologische Untersuchung verzichtet und die Operation beschlossen.

Typische Amputation des Rektums. Nach Umschneidung des Anus wird das Darmrohr vorn von der Prostata abgelöst und ein Präparat von zehn Zentimeter Länge gewonnen, das dicht oberhalb des Analringes ein unregelmäßiges, rundliches, scharf begrenztes Geschwür zeigt. Rand und Grund des Geschwüres sind schmierig belegt. Das Geschwür selbst zerfällt leicht. Die Muskulatur der Rektalwand im Bereich des Ulcus ist verdickt, die Schleimhaut in der Umgebung etwas rötlich-bläulich verfärbt.

Die histologische Untersuchung dieses Präparates durch den Pathologen des Krankenhauses, Herrn Dr. Neumann, brachte dann den überraschenden Befund, daß es sich gar nicht um ein bösartiges carcinomatöses Ulcus handelte. Das Ergebnis war vielmehr dieses: ein bis auf die Muskulatur reichender Schleimhautdefekt, der an der einen Seite von typisch gebauter Rektumschleimhaut, an der anderen Seite von dem Plattenepithel des Analringes begrenzt wird. Der Geschwürsgrund wird durch reichlich von Leukozyten durchsetztem Granulationsgewebe gebildet, das an einer Stelle tief zwischen die Muskulatur, diese unterbrechend, wieder eindringt. Arterien dicht unterhalb des Geschwürsgrundes sind bindegewebig verschlossen. In den tieferen Schichten geht das oft sehr breite Granulationsgewebe in derbes Bindegewebe über, das auch von massenhaft Leukozyten durchsetzt ist. Das perirektale Fettbindegewebe ist von breiten unregelmäßigen Leukozytenmassen durchsetzt. Stellenweise finden sich auch hier reichlicher Leukozyten. Kein Anhalt für Tuberkulose oder für einen bösartigen Tumor.

Durch diesen überraschenden histologischen Untersuchungsbefund ergab sich eine neue, aber feststehende Diagnose. Es handelt sich um ein unspezifisches Geschwür des Mastdarms, eines jener unspezifischen Ulcera, wie wir sie beispielsweise auch in der Blase zuweilen finden und dort unter dem Namen Ulcus simplex kennen. Der Begriff ist von Cuveilhier aufgestellt. Die erste umfassende Arbeit stammt von Quénu und Hartmann. Quénu und Duval fanden im Geschwürsgrunde auf Serienschnitten eine Arterie durch einen Thrombus verschlossen und faßten die Entstehungsursache dieses Ulcus simplex als „Thrombosierende Endarteriitis" auf. Dieses entspräche unserem Befund, denn auch unser mikroskopisches Präparat zeigt die Arterien auf dem Geschwürsgrund verschlossen. Im ganzen jedoch ist man über die Ätiologie des Ulcus simplex geteilter Meinung.

Ähnliche Beobachtungen bot ein zweiter, 63jähriger Patient desselben Krankenhauses. Er gab in der Familienanamnese ein Lungenleiden seiner Schwester an, sonst keine Besonderheiten. Die eigene Anamnese berichtet von Magendarmstörungen schon während des Krieges. Das eigentliche Leiden begann vor zwei Jahren. Er litt unter starker Stuhlverstopfung, die durch plötzliche Durchfälle unterbrochen wurde. Eine Durchleuchtung verlief ergebnislos. Die geklagten Beschwerden nahmen immer mehr zu und die Durchfälle traten oft so stark auf, daß der Patient mehrmals davon überrascht wurde. Er gab ziehende Schmerzen in der Gegend des Mastdarms an. Der Stuhl war — wie er sagte — häufig mit Blut und Schleim versetzt. Keine Gewichtsabnahme.

Der Untersuchungsbefund zeigt Kopf, Thorax und Extremitäten o. B. Abdomen aufgetrieben, geringe Druckempfindlichkeit in der Lumbalgegend links, starke Druckempfindlichkeit bei tiefer Palpation des Unterbauches, besonders links. Bei der rektalen Untersuchung fühlt man, mit der Fingerkuppe gerade noch erreichbar, ein deutliches zottenartiges Gebilde. Der untersuchende Finger ist an der Spitze blutig. Bei der Rektoskopie stößt man an der Vorderwand, besonders rechts, auf mehrere zottenartige Gebilde der Rektumschleimhaut, die ulcerieren und offensichtlich als Krebsgeschwülste imponieren. Bei jeder Berührung bluten sie leicht. Die Diagnose lautet also: Rektum-Carcinom. Es wird die Operation beschlossen. Von einer Probeexcision soll Abstand genommen werden. Die Operation sollte in zwei Sitzungen durchgeführt werden. In der ersten Sitzung wurde ein Anus praeter angelegt. Nach diesem ersten Eingriff kam das Geschwür im Mastdarm nicht nur zum Stillstand, sondern man hatte bei einer weiteren Untersuchung zu einem etwas späteren Zeitpunkt sogar den Eindruck, daß es schon durch diese Schonbehandlung abzuheilen begann. Dieses war Grund und Veranlassung genug, um doch eine Probeexcision und histologische Untersuchung vorzunehmen, die dann in den abgetragenen Gewebsstückchen lediglich chronisch entzündliches Gewebe, aus einem unspezifischen Geschwür stammend, erkennen ließ. Zwei weitere Probeexcisionen aus verschiedenen Teilen des Ulcus bestätigten den ersten Befund. Das Geschwür selbst heilte innerhalb von zwei Monaten aus und der rechtsseitige Anus praeter wurde geschlossen. Der Patient konnte als geheilt entlassen werden.

In beiden Krankenberichten finden wir die Feststellung, daß Geschwüre des Rektums durch ihr klinisches Bild und ihren lokalen Befund auf eine bösartige Geschwulst schließen lassen, daß diese Diagnose aber dann einer histologisch-pathologischen Untersuchung

nicht standhält. Beide Male ergibt diese lediglich granulierendes entzündliches Gewebe. Da es ja schließlich nicht gleichgültig ist, ob ein Patient wegen eines Rektum-Ca. amputiert wird, oder ob ein unspezifisches oder gutartiges Ulcus vielleicht wie bei unserem Kranken durch Schonbehandlung ausheilt, und da diese Beobachtungen gezeigt haben, daß es Ulcera gibt, die — wie ich schon erwähnte — makroskopisch und klinisch als bösartig imponieren, ihrem ganzen Aufbau nach aber gutartig sind, wirft sich die berechtigte Frage auf, ob unter den vielen Tausenden an Rektum-Ca. Operierten nicht doch ein, wenn auch kleiner, Prozentsatz ist, der gleich diesen nur an einem unspezifischen Ulcus leidet, oder aber an einem gutartigen Tumor, der durch einen makroskopisch uncharakteristischen Aufbau oder vielleicht ulcerösen Zerfall einen bösartigen Tumor vortäuscht.

Die von mir durchgesehene Literatur geht kaum auf diese Möglichkeiten ein. Über unspezifische Ulcera, nach Art des Ulcus simplex, finden sich in der deutschen Literatur die ersten Bearbeitungen von Lieblein, Zickler, Levy, Dubs, Paus, Klemperer, Dünner u. a. Es sind hier Krankheitsbilder in der Form beschrieben, in der ich sie bei unserm ersten Patienten gezeigt habe. Klemperer und Dünner bringen ein Krankheitsbild, das ebenfalls dem makroskopischen Befund nach ein bösartiges Geschwür vortäuschte. Bei der Rektoskopie fand sich in etwa 12 Zentimeter Höhe ein talergroßes, scharfrandiges, schmierig belegtes Geschwür, das leichten Zerfall zeigte. Der Verdacht auf Carcinom wurde aber hier durch eine Probeexcision hinfällig. Es handelte sich auch hier um ein unspezifisches Ulcus. Besonders hervorgehoben zu werden verdient, daß man jeweils fand, daß sich ein Ulcus simplex gerade des Rektums durch besonders starke Blutungen auszeichnet und vor allem auch eine Kachexie im Gefolge hat. Schon allein hierdurch kommt das Carcinom differentialdiagnostisch in Frage, besonders, wenn man noch die Beobachtungen von Clairmont hinzunimmt, der zusätzlich hierzu erwähnt, daß auch bei Carcinom, speziell beim Rektum-Carcinom, sehr oft eine ausgesprochene Kachexie fehlt, die von Schmolers als Differential-Diagnostikum gegenüber der Anämie bei gutartigen Tumoren wohl nicht ganz zu Recht ins Feld geführt wird. Auch ein anderes unspezifisches Ulcus des Mastdarms darf nicht unerwähnt bleiben, das hier und dort zu Fehldiagnosen führen kann. Ich denke an das Ulcus-stercorale, das Decubitalgeschwür, das wohl sehr selten, aber wie die Literatur zeigt differential-diagnostisch sehr wichtig ist. So bespricht es E. Kaufmann in seinem Lehrbuch und Strauß bemerkt dazu, daß es bei der Trä-

gerin, einer alten Frau, zu einem abgesackten, perirektalen Abszeß kam, was mit Rücksicht auf den vorhandenen Tumor, die häufigen Blutungen, das intermittierende Fieber und die progressive Kachexie der Patientin die Fehldiagnose Carcinom verursachte.

Nach den unspezifischen Entzündungen will ich kurz auf jene spezifischen eingehen, die ebenfalls für die Differential-Diagnose gegenüber dem Ca. von großer Bedeutung sind. Da nenne ich zuerst die Lues des Rektums. Unerwähnt lassen kann ich wohl jene Formen, bei denen nicht nur die Rektalschleimhaut, sondern der Infektionsart durch Berührung oder herabfließendes Vaginalsekret entsprechend, auch die Analgegend der Haut betroffen ist. Von diesen Fällen, bei denen die Rektalschleimhaut isoliert betroffen ist, nennne ich zuerst den Primäraffekt, der nach Lobe auf den Kämmen und Falten der Afterbuchten seinen Sitz hat. Infolge der an seinen Sitz gebundenen, unvermeidlichen Reizungen verwandelt er sich gewöhnlich schnell in tiefe Wundflächen, die einen bläulich-grauen Grund besitzen. Man sieht bei der Rektoskopie den von tiefen Rissen durchfurchten Primäraffekt. Noch wichtiger aber sind einige luetische Spätformen. Reichle und Tietze berichten über eine 28jährige Frau mit ziemlich unklarer Anamnese, die mit der Diagnose „Geschwulst des Rektums" eingewiesen wurde. Es wurde die Operation durchgeführt. Leider wird in den Angaben nicht von der vor der Operation gestellten Diagnose gesprochen, die jedoch scheinbar Ca. sein muß, denn bei der Beschreibung des gewonnenen Präparates wird post Op. gesagt, daß der Tumor jetzt mehr den Eindruck einer derben entzündlichen Schwiele als eines Neoplasmas macht. Eine Probeexcision ergab chronisch-entzündliches Gewebe. Wassermann: negativ. Erst die Auflockerung nach Sachs-Georgi gibt, da klinisch Zeichen für Lues fehlen, die Diagnose. Bei dieser Gelegenheit darf aber nicht unerwähnt gelassen werden, daß auch des öfteren Krankheitsfälle auftreten, bei denen die Lues des Rektums mit Ca. vergesellschaftet ist. Bei einem verdächtigen Geschwür der Rektalschleimhaut schließt demzufolge erwiesene Lues nicht ein Ca. aus und umgekehrt.

Auch bei der Tuberkulose des Rektums sind besonders die Krankheitsbilder von Wichtigkeit, bei denen sich die Entzündung isoliert auf das Rektum beschränkt. Hier handelt es sich also wohl in erster Linie um die tuberkulösen Strikturen, die allein schon durch die Verengerung des Darmlumens, was ja beim Neoplasma durch den hereinragenden Tumor hervorgerufen wird, an Malignität denken lassen. Aber auch das makroskopische, durch digitale Untersuchungen und Rektoskopie gewonnene Bild gibt neben die-

sen klinischen Erscheinungen den Verdacht auf Rektum-Carcinom. Allingham, Kümmel, Gaudiani, Göbel, Ruge, Wegner u. a. haben darüber berichtet.

So gibt Wegner ein Krankheitsbild wieder, bei dem eine Frau, vier Zentimeter über dem After beginnend, eine Geschwürsfläche hat, die auf einem flachen, mit scharfen und teils angenagten und unterminierten Rändern umgebenen Grunde eine Anzahl von queren und ebenfalls leicht unterminierten und zackigen Leisten aufweist. Das dort im Bilde wiedergegebene Präparat Wegners zeigt die Ähnlichkeit mit einem Neoplasma deutlich auf. Über eine andere seltene Form, die verruköse, berichten E. Reichle und Tietze. Ein Mann von einigen fünfzig Jahren wurde operiert, der mit der Diagnose carcinoma recti eingewiesen war. An der Hinterseite saß unmittelbar über dem After beginnnend, ein niedriger, flacher, aus einzelnen aufsprießenden Büscheln bestehender Tumor, der offenbar sehr wenig in die Tiefe ging, da sich die Rektalschleimhaut wenigstens in seiner Nachbarschaft glatt verschieben ließ. Die Anamnese war nichtssagend, die Beschwerden beim Stuhlgang bestanden kurze Zeit. Die mikroskopisch-pathologische Untersuchung des Operationspräparates ergab Tuberkulose.

Wenn ich nun noch ganz kurz darauf hinweise, daß neben diesen beiden Formen auch die Dysenterie des Mastdarms, durch die stark gerötete, geschwollene und aufgelockerte Schleimhaut und die leicht blutenden tiefen Geschwüre, welche durch die ganze Mucosa hindurch zu gehen scheinen, ein Neoplasma vortäuschen kann, glaube ich damit auch diese Gruppe ausreichend erschöpft zu haben.

Auch an anderen gutartigen Tumoren, die Malignität durch uncharakteristische Bauart vortäuschen, ist die Literatur recht arm. Duchinowa von der Chirurgischen Klinik Petersburg berichtete auf der 24. Sitzung der Russ. Chirug. Pirogoff-Gesellschaft über eine noch nicht beobachtete Form eines gutartigen Tumors. Ein Patient, Mitte Fünfzig, wurde mit einem kraterartigen Geschwür des Rektums, das sich durch harte, wulstige Ränder auszeichnete, unter der Diagnose Rektum-Ca. eingeliefert. Die rektale Untersuchung ergab kurz oberhalb des Sphinkters ein etwa fünfmarkstückgroßes höckriges, schmierig belegtes Ulcus mit harten, kraterartigen Rändern. Noch deutlicher wurde dieser Lokalbefund durch die anschließende Rektoskopie. Es wurde daraufhin die perineale Rektum-Amputation mit einem Anus sakralis durchgeführt. Glatte Heilung. Patient wird gesund entlassen. Die nachher durchgeführte histologisch-pathologische Untersuchung zeigte dann, daß gar kein Ca. vorlag, sondern daß es sich hier um ein Myom handelte, das ge-

schwürig zerfallen war und ein krebsartiges Ulcus vorgetäuscht hatte.

Über ähnliche Beobachtungen berichtet Schmieden in seiner grundlegenden Arbeit „Zur Klinik und Pathologie der Dickdarm-Polypen". Er berichtet über einen 70jährigen Patienten, der seit einigen Monaten öfter stärkeren Stuhldrang, aber meist nur Abgang von Schleim und Blut hatte. Auf dem Stuhl befand sich meist hellrotes Blut. Die Einweisung in die Klinik erfolgte unter der Diagnose Rektum-Carcinom. Die rektale Untersuchung ergab ein handtellergroßes Geschwür, dessen unterer Rand bei der digitalen Untersuchung noch gut erreichbar war. Es fühlte sich derb an und fiel nach der Mitte hin scharf ab. Die Rektoskopie bestätigte die Diagnose Ca., woraufhin eine abdomino-sakrale Rektumexstirpation vorgenommen wurde. Das gewonnene Operationspräparat hatte eine Länge von 25 Zentimeter und zeigte 7 Zentimeter oberhalb des Anus eine 7 Zentimeter lange und 10 Zentimeter breite, beetförmig - erhabene, tiefgefurchte und gewulstete Geschwulst, welche nirgends ulceriert war. In den zentralen Partien hebt sich die Geschwulst bis zu $1^1/_2$ Zentimeter über das Darmschleimhautniveau hinaus. Sie umgreift zirkulär das Rektum und läßt nur eine schmale normale Schleimhautbrücke frei. Der Tumor kontrastiert durch seine dunkelgrau-rötliche Farbe lebhaft gegen die blaßrötliche Darmschleimhaut. Er sieht aus, wie eine starkgewulstete, scharf begrenzte Schleimhauthypertrophie. Die histologische Untersuchung ergab dann die selten vorkommende Form eines flächenhaften Adenoms ohne jede Stielbildung. Durch eingehend durchgeführte histologische Untersuchung aus den verschiedensten Teilen des Tumors wurde Bösartigkeit vollkommen ausgeschlossen.

Die weitere Durchsicht der Weltliteratur brachte wohl die Möglichkeit der interessanten Zusammenstellung der gutartigen Rektum-Tumoren, ließ aber — wie ich schon erwähnte — den Hinweis auf die differentialdiagnostische Wichtigkeit meist unberücksichtigt, oder besser gesagt, berichtete kaum über Krankheitsfälle, bei denen diese gutartigen Tumoren durch Lokalbefund und klinisches Bild zur Fehldiagnose Carcinom Anlaß gaben. Dennoch sei hier kurz erwähnt, daß ich bei der Durchsicht auf 41 Rektummyome der Literatur gekommen bin, angefangen von der ersten Arbeit von Westermark im Jahre 1896, der über die vom Rektum ausgehende Myome in der Gynäkologie berichtet hatte und dabei neben seinem eigenen Fall die von Senn und Pfannenstiel anführte, welche gleich seinem Ovarialtumoren vor-

täuschten, und die ergänzende zusammenfassende Arbeit von Lexer bis zu den letzten Literaturberichten. Nicht eingerechnet ist hier das von mir bereits angeführte ulcerös entartete Rektum-Myom. Über Rektumlipome berichteten 1935 Weinstein und Liebermann. Sie führten 11 Fälle der Weltliteratur an, womit sie jedoch kaum alle erfaßt haben dürften. Bei der Durchsicht meinerseits fand ich 18 Lipome des Mastdarms. Was die Rektumpolypen angeht, so verweise ich hier auf die Arbeiten der Schmieden'schen Schule, namentlich die von Schmieden und Westhues sowie Junghanns. Zu den drei von Longuet als unbewiesen angesehenen Dermoidcysten gesellt sich in der Literatur ein Fall, der 1925 von Saphir beschrieben wurde. Neben den Cavernomen und cavernösen Angiomen, auf die in den Arbeiten von Kausch, Henning, Schütt und Bensaude näher eingegangen wird, seien die drei von Esau, Leboucq und Barnis erwähnt und ein Lymphangiom von Chisholm, das dieser besonders hervorhebt. Um die Übersicht nicht unvollständig zu lassen, erwähne ich einige ganz seltene Rektum-Tumoren, auf die ich bei der Durchsicht stieß. Fried, Hiram und Stone berichten über ein Teratom, ein Paraffinom und ein Chondroblastom.

Bei der Zusammenfassung der Beobachtungen, die mir dankenswerterweise von Herrn Professor Dr. Baetzner ermöglicht wurden, sollte man zu dem Schluß kommen, daß die Schwierigkeiten, die sich differential-diagnostisch bei diesen gutartigen Tumorformen gegenüber dem Rektum-Carcinom ergeben, durch eine eingehende Probeexcision und pathologisch-histologische Untersuchung aus der Welt geschafft werden könnten. Es müßte dann die Forderung aufgestellt werden, vor jedem therapeutischen Eingriff bei verdächtigen Rektum-Tumoren eine ausgiebige Probeexcision durchzuführen, wenn nötig aus mehreren Teilen des Tumors. In der Mehrzahl der Fälle wird man selbstverständlich hiermit auch zum Ziel kommen. Daß jedoch auch durch diese Maßnahme nicht absolute Sicherheit verbürgt wird, läßt uns nachfolgender Krankheitsbericht erkennen.

Ein 45jähriger Patient, bei dem in der Familien- und eigenen Anamnese nichts erwähnenswertes genannt wird, gibt an, schon einige Jahre lang an Haemorrhoidalbeschwerden gelitten zu haben, die zunehmende Schmerzen verursachten. Im Stuhl sei des öfteren hellrotes Blut und Schleim. Seit einiger Zeit habe er zu den „Haemorrhoidalbeschwerden" auch „Mastdarmvorfall". Oft trotz starken Stuhldranges nur Abgang von Schleim und Blut. Der behandelnde Arzt stellte einen Tumor fest und nahm eine

Probeexcision vor, die Adeno-Carcinom ergab. Einlieferung in die Klinik zur Operation. Dort ergab die Untersuchung einen kleinapfelgroßen, schmierigen, schwammigen Tumor. Auf dem Ergebnis der ersten Probeexcision fußend, wurde die Abdominosakrale-Rektumexstirpation vorgenommen, durch welche ein 30 Zentimeter langes Dickdarmpräparat gewonnen wurde. Einen Zentimeter oberhalb des Analringes eine kleinfaustgroße schwammige Geschwulst mit starkhöckriger, tief zerklüfteter Oberfläche. Die histologische Untersuchung eines kleinen Stückchens des Tumors ergab dann aber Gutartigkeit und zwar „hochdifferenzierter, kongenitaler Polyp". Daraufhin wurden Stufenschnitte durch das ganze Präparat angefertigt, die aber eine Malignität ausschlossen. In der Epikrise zu diesem Fall wird von Schmieden, der über diesen Fall berichtet, folgendes bemerkt: Was nun die Probeexcision anbelangt, die angeblich Carcinom ergeben hatte, so war es unseres Erachtens an Hand einer solchen Probeexcision im vorliegenden Falle unmöglich, ein Carcinom zu diagnostizieren, höchstens hätte man bei glücklicher Entnahme der Excisionsstelle und vorsichtiger Beurteilung derselben von einem vorkrebsigen Stadium sprechen können. Die Probeexcision lag zu weit zurück und konnte nicht mehr nachgeprüft werden. Zum Schluß wird noch bemerkt, daß ein operativer Eingriff nicht in solch einem Maße notwendig gewesen wäre.

Durch Beobachtungen bei einigen Patienten im Robert-Koch-Krankenhaus Berlin ergab sich die Frage, ob unter den unzähligen an Ca. Operierten nicht doch einige sind, bei denen durch das klinische und makroskopische Bild nur eine Neubildung vorgetäuscht wurde, post Operationen aber die Diagnose einer histologisch-pathologischen Untersuchung nicht standhielt. Durch diese Arbeit ist die Frage positiv zu beantworten und gleichzeitig damit bei jedem verdächtigen Rektum-Tumor eine unbedingt vor dem Eingriff vorgenommene und ausgiebige Probeexcision und pathologisch-histologische Untersuchung zu fordern, wenn man sich auch auf diese, wie die Arbeit zeigt, nicht immer völlig verlassen kann.

Literatur

Afezou, Ch.: Bull Soc. anat. de Paris 1875.

Ball, Ch.: The Rectum, its disesses and developmental defects (London-Oxford-Medical Publications 228) 1908.

Barker, A.: Naevus caverneux du rectum donnant lieu à des Hémmorragies mortelles (Médico-chir. trans. 66) 1884.

Barnes: Tumour of rectum. (Brit. med. J. 551) 1879.

Becker, P.: Myome des Mastdarmes. (Arch. Gynäk. 85 427) 1907.

Bensaude, R.: Les Fibromes, Fibromyomes et Myomes du Rectum. (Arch. Mal. Appar. digest. 23 353) 1933.

— Cain, et Lambling: Les tumeurs villeuses du rectum. Press. méd. 1930).

– Raoul, et Edouard Antoine: L'angiome caverneux diffus du rectum. (Arch. des Maladies de l'appar. dig. et de la nutrit Bd. 13) 1923.

Bodenhamer, W.: New York Med. J. 68 1898.

Bowlby: zitiert nach Quénu und Hartmann (Chirurgie du rektum Bd. II).

Caim, M. und Reingold, P.: Ein Fall von Fibro-Myom des Rektum (Arch. mal, app. digest. 880) 1934.

Carlier und van der Espt: Myoide du rectum (J. de med. chir. et pharmacol. 140) 1881.

Castelain: Lipome du rectum. (Gazette hebdomadaire 1870).

— Bull. méd. du Nord dela Franc 1870.

Chisholm, A. J. and Ph. Hillkowitz: Lymphangiome of the rectum. (Amer. J. Surg. N. s. 17) 1932.

Comfort: Surg. Gynec Obstr. 52 1931.

Dantzel: Arch. klin. Chir. 442 1874.

Duchinowa, S. J. Seltener Fall von Fibromyoma recti (nach Schaak).

Earl: zitiert bei Hunt, V. Myome of the rectum report of four cases (Ann. Surg. 74 236) 1921.

Esau: Zbl. Chir. 1931.

Fried, Hiram and Harvey B. Stone: Four rare rectal tumors. Intrarectal solid teratoma, fibroleiomyoma, paraffinoma and chondroblastoma. (Dep. of Surg., Johns Hopkins Med. School, Baltimore) Surg. etc. 50 1930.

Gant, S.: Diseases of the rectum and anus. 1902.

Goebel: Über Tumor villosus recti. (Beitr. klin. Chir. 91) 1914.

Hartmann, H., Bertrand-Fontaine et P. Guérin: Les myomes du rectum (J. de Chir. 42) 1933.

— Mastdarmchirurgie.

Hennig und Schütt: Ein Fall von diffusem, kavernösem Haemangiom des Mastdarmes. (Mtt. Grenz. Med. chir. 36) 1923.

Heurtaux: Fibromyom de L'intestin. (Gaz. méd. Nantes 135) 1884

— Notres sur les benignes de L'intestin. (Arch. provinc. de chir. 1900).

Hill: Manual of Proctologie. (Philadelphia 1923).

Hiram, F. Harvey, B. und Stone, H.: Four rare rectal tumors. (Surg. Gynec. Obstr. 50 762) 1933

Hunt und Verne, C: Myoma of the rectum. Report of four cases. (Ann. of surg. Bd. 74, Nr. 8 1921) nach Deus.

Junghans, H.: Die Zottengeschwülste des Dickdarms und Mastdarms. Erg. Chir. 28,1) 1935.

Kaufmann, E: Lehrbuch der speziellen path. Anatomie 1928.

Kausch: Ein kavernöses Angiom des ganzen Mastdarmes. (Mtt. Grenzg. Med. u. Chir. 29 415).

King, E.: Benign tumours of the intestines with special reference to fibroma (Surg. Gynec. Obstr. 25) 1917.

Kozielski: Über die Lipome des Darmes. (Inaug. Diss. Gießen 1899.)

Kirschner und Nordmann: Die Chirurgie 1927.

La Garde: Progreß 1886.

Leboucq: zitiert nach E. Sonntag (Erg. chir. 8 99) 1914.

Lexer, E.: Myome des Mastdarmes (Verh. Dtsch. Ges. Chir. 440) 1902.

Longuet, L.: Des tumeures conjonctives benignes du rectum.

Marsch: Zitiert nach E. Sonntag (Erg. chir. 8 99) 1914.

Meigs, Joe Vincent: Adenomyoma of the recto-vaginal-septum. A report of three cases treated by three different methods and their results (Boston med. a surg. journ. Bd. 196) 1937

Mollière, D.: Traité de maladies du rectum et de l'anus. Paris 1877.

Parsons: Pedunculated anal. tumour (Brit. med. J. 1909).

Partsch: Zbl. Chir. 1924.

Peraire: Des polypes fibreux intermittens du rectum (Rev. de chir. 1900).

Perrin, W.: Leiomyoma of rectum (Proceed. roy. soc. of medic. 22 269 und 703) 1928/29.
Port, H.: Transact of the path. Soc. vol. 31) 1880.
Raventos Moragas, A.: Submuköses Fibromyxom des Mastdarmes (Rev. Cir. Barcelona 6) 1933.
Salsono, D.: Policlinico Sez. prat. 1936.
Saphir, J.: True dermoid cyst of the anterior wall of the rectum (Med. journ. a record Bd. 121) 1925.
Schmieden und Westhues: Zur Klinik und Pathologie der Dickdarmpolypen und deren klinischen und pathologisch-anatomischen Beziehungen zum Dickdarmkarcinom. Dtsch. Z. Chir. 202) 1927.
Strauß, H.: Erkrankungen des Rektums und Sigmoideums Berlin 1922.
Suermondt, W. F.: Ein Fall von Myoma recti (Chir. clin. univ. Leiden) Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 72, 1. Hälfte (Nach Koch).
Tedenat: Tumeurs du rectum (Montpellier médical 226) 1885
Tuffier: Bull. Soc. anat. de Paris 1884.
Tuttle, J. P.: Diseases of anus, rectum and pelvic colon 1902.
Verdelet: Polype fibreux du rectum chez une femme de 70 ans. (J. med. Bordeaux 1925).
Vogeler: Spontanheilung eines hochsitzenden Fibrolipoms des Mastdarmes durch Stildrehung. (M. m. W. 1924.)
Vois: Zitiert nach Hiller: Über Darmlipome (Bruhns Beitr. 1899).
Voos: London medical Society 1881.
Westermark, F.: Ein Fall von Myoma recti, ein Ovarialkystom simulierend. (Centralblatt für Gynäk. 1896.)
Weinstein, Sidney D. and William Liebermann: Lipoma of the rectum; with report of a case (Amer. J. Sorg. N. s. 29) 1935.
Zentralblatt Gynäk. 1897: Über Myome des Dickdarms.

Lebenslauf

Als Sohn des Taubstummenlehrers Joseph Tietz und seiner Ehefrau wurde ich, Karlheinz Tietz, am 3. 9. 1910 in Marienburg in Westpreußen geboren. Meine erste Schulbildung erhielt ich in Marienburg, bis meine Eltern nach Auflösung der Taubstummenanstalt 1925 nach Stettin verzogen. Ich besuchte hier das König-Wilhelms-Gymnasium. Von 1928 bis 1931 war ich am Gymnasium in Duderstadt am Harz und bestand dort Ostern 1931 die Reifeprüfung.

Meine ersten drei Studiensemester verbrachte ich in Wien und ging dann an die Universität Greifswald, wo ich nach meinem fünften Semester die ärztliche Vorprüfung bestand. Nachdem ich das sechste und siebente Semester in Königsberg belegt hatte, meldete ich mich zur Wehrmacht und wurde im Herbst 1934 als Fahnenjunker (im San.-Korps) eingestellt. Mein achtes Semester war ich wiederum in Greifswald. Im Frühjahr 1935 wurde ich zur Militärärztlichen Akademie in Berlin kommandiert. An der Universität Berlin bestand ich am 29. September 1936 das medizinische Staatsexamen. Das praktische Jahr leistete ich am Standortlazarett Stettin ab. Am 1. Oktober 1937 erhielt ich meine Bestallung als Arzt.

Ich danke Herrn Professor Baetzner
für die Überlassung des Themas und hilfreiche
Unterstützung der Arbeit